

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

POUR LE

N^o

309

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean CORNIC

de la Faculté de Médecine de Paris
né à Plonévez-Porzay (Finistère) le 1^{er} mai 1899

**A PROPOS
DE LA CONSTIPATION
PHYSIOLOGIQUE**

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927



309

309

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554629_0084

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean CORNIC

de la Faculté de Médecine de Paris
né à Plonévez-Porzay (Finistère) le 1^{er} mai 1899

**A PROPOS
DE LA CONSTIPATION
PHYSIOLOGIQUE**

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1927



LE DOYEN M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIER.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIERE.
	BRANCA.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . .	Pathologie médicale.
BINET. . . .	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRULE	Pathologie médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FISSINGER . .	Pathologie médicale.
GARNIER . . .	Pathologie expérimentale.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.

MM.

I. de JONG . . .	Anatomie pathologique.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS . .	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL . .	Obstétrique.
LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT. . . .	Bactériologie.
RICHET Fils . .	Physiologie.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

	Physiologie.
GOUGEROT . . .	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

RETTERER. . . .	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	Clinique chirurgicale.	IERI	Clinique médicale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	LOEPER	Clinique médicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
Laignel-Lavastine	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet . .	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.	VILLARET	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé de cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MA MERE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX D'ANGERS

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR V. CIVEL

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien chef de l'Hôpital civil de Brest
Chevalier de la Légion d'Honneur

*dont j'ai eu l'honneur d'être
l'interne. Qu'il veuille trouver ici
l'hommage respectueux d'une pro-
fonde reconnaissance pour les pré-
cieux conseils et les marques de
bienveillance qu'il m'a prodigués
pendant les trois années que j'ai
passées auprès de lui.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GABRIEL LEVEN

*qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse, et dont je ne saurais oublier
le bon accueil et les conseils si géné-
reusement distribués à sa consulta-
tion de l'Hôtel-Dieu,
en témoignage de ma respectueuse
gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

Professeur de Clinique des maladies des enfants
à la Faculté de Paris

*en le remerciant du grand hon-
neur qu'il m'a fait en voulant bien
accepter la présidence de cette
thèse.*

I.

CLASSIFICATION DES CONSTIPATIONS.

La radioscopie a permis de constater que les déchets de l'alimentation, mélangés de produits de sécrétion et de débris épithéliaux, commencent à se déverser dans le cæcum quatre heures environ après le repas. Ils s'amassent peu à peu ensuite et stagnent plus ou moins longtemps dans les différentes portions du colon, pour atteindre, vers la vingtième heure, l'anse sigmoïde. Leur accumulation à ce niveau et dans l'ampoule rectale provoque, par voie réflexe, leur expulsion au dehors.

Il est généralement admis qu'un adulte, à l'état normal, doit avoir une selle quotidienne.

Quand la rétention dans le gros intestin se prolonge au delà des délais ordinaires, avec dessiccation des matières, il y a constipation.

Le praticien est journellement appelé à donner son avis pour la constipation, car la liberté du ventre est assurément celle qui préoccupe le plus d'esprits.

En présence d'un sujet constipé, il devra, avant tout, faire une enquête étiologique sérieuse. Moins que jamais, en effet, il ne pourra se contenter d'une thérapeutique symptomatique, souvent inopérante et parfois dangereuse.

A la lecture des traités classiques, on remarque que les causes de la constipation sont aussi nombreuses que disparates. Du reste, elles sont susceptibles de se combiner dans des proportions variables pour produire l'effet commun. Il en résulte que, dans la pratique, il n'est pas toujours facile de déterminer d'une façon indiscutable la pathogénie à laquelle se rattache tel ou tel cas donné.

Différentes classifications des causes de la constipation ont été proposées. Leur multiplicité prouve assez la difficulté d'en construire une bonne.

Une nouvelle classification a été établie par notre maître, M. le Docteur G. Leven, qui nous a inspiré le présent travail et guidé de ses bons conseils au cours de la rédaction.

Cette classification rend, en clinique, de grands services. Elle est logique d'abord, car la différenciation qu'elle émet correspond à la réalité des faits. Elle a, de plus, le mérite d'être simple, car elle groupe sous trois têtes de chapitre tous les genres de constipation.

Dans les communications qu'il a faites à la Société de Thérapeutique, le 11 avril 1923 et le 6 avril 1927, M. le Docteur Leven divise les constipations suivant leur pathogénie en trois variétés :

- la constipation pathologique,
- la constipation symptôme artificiel,
- la constipation physiologique.

La constipation pathologique est celle qui recon-

naît pour origine une anomalie, une altération anatomique (tumeur, bride, coudure, ptose) ou un trouble fonctionnel (hypothyroïdie, variation de la bile, du suc pancréatique, paralysie, etc..) modifiant le transit intestinal.

A cette première classe de constipations, clairement définie, nous ne nous arrêtons que pour une seule remarque. En suivant les consultations que donne notre maître M. le Docteur Leven pour les maladies du tube digestif, dans le service de M. le Docteur Sainton à l'Hôtel-Dieu, nous avons noté l'importance relative de l'hypothyroïdie comme facteur de constipation. Parmi les nombreux constipés observés, la proportion est notable de ceux que le traitement opothérapique a améliorés ou guéris.

La constipation est un symptôme artificiel quand les résidus de la digestion, normaux en quantité et en composition, sont retenus dans le colon parce que le mécanisme de leur expulsion a été troublé.

« Un changement d'horaire dans la présentation à la selle, écrit M. le Docteur Leven, un voyage, un besoin de défécation retardé suffisent parfois à fausser ce mécanisme. »

La constipation, si fréquente, de la jeune fille et de la jeune femme n'a souvent pas d'autre cause que l'habitude prise de résister aux exigences de la nature. C'est chez elles « une maladie de la volonté ». « Bien loin de faire le moindre effort pour accomplir une

fonction indispensable, écrit M. Siredey, elles appliquent toute leur énergie à la retarder et à s'y soustraire.

« Le matin, elles ont à s'occuper de leur toilette, de leurs études, de leurs menus travaux de la maison. L'après-midi ce sont les visites, les sorties; tous les prétextes leur sont bons pour chercher à éviter ce qu'elles considèrent une corvée désagréable.

» Elles s'entraînent ainsi avec un succès remarquable et il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui avouent n'aller à la garde-robe que tous les trois ou quatre jours ou même à des intervalles plus éloignés. »

La constipation symptôme artificiel n'a pas pour cause unique cette « déviation malencontreuse de la volonté. » L'emploi des purgatifs surmenant la musculature intestinale sera quelquefois à incriminer.

Signalons seulement à ce moment cette étiologie médicamenteuse de la constipation. Nous y reviendrons ultérieurement.

En dehors de tout état pathologique de l'intestin, la constipation peut s'observer sans qu'elle ait été, à proprement parler, artificiellement créée. Cette constipation est physiologique, car elle trouve son explication dans les lois de la physiologie normale.

C'est à propos de cette constipation que nous voulons émettre, dans notre thèse, quelques considérations.

La constipation est un sujet vieux comme le monde et sur lequel tout a été dit. Il est permis, cependant, d'aborder encore cette vieille question, et puisque c'est une question de pratique journalière, il nous a paru légitime de lui consacrer les dernières semaines de nos études médicales.

II.

LA CONSTIPATION PHYSIOLOGIQUE.

Le contenu de l'intestin progresse vers l'anus, grâce aux mouvements péristaltiques résultant des contractions des tuniques musculaires transversale et longitudinale. Les fibres se contractent en arrière du bol intestinal et le chassent au devant d'elles.

Les mouvements péristaltiques sont sous la dépendance d'un système nerveux intrinsèque qui a été spécialement étudié par Keith. D'après cet auteur, il y a entre les couches musculaires de l'iléon et du colon un plexus composé de tissu nodal semblable à celui des sinus de cœur. Il forme des centres réflexes intercommuniquants. C'est en se propageant successivement d'un de ces centres au suivant que l'excitation détermine la marche de la contraction. La conservation de ce plexus est indispensable au maintien des contractions rythmiques qu'on peut observer dans un fragment isolé de l'intestin.

Ces centres périphériques ne sont pas indépendants du système nerveux central. Ils sont rattachés à la moelle par les pneumogastriques et les splanchniques qui tendent, les premiers à exagérer et les seconds à arrêter les mouvements de l'intestin.

« L'innervation de l'intestin, écrit M. le Professeur Gley, rappelle celle du cœur dans lequel les ganglions.

jouent aussi le rôle de centres autonomes, mais placés cependant sous l'influence d'un centre cérébro-spinal. » Ainsi régis par le système nerveux, les mouvements péristaltiques nous apparaissent comme des réflexes. Pour les déterminer, différents facteurs interviennent, mais le plus important est la présence des matières.

D'après M. le Professeur Richet « le principal agent de la contraction péristaltique, c'est le bol alimentaire, excitant naturel du mouvement intestinal comme le sang est l'excitant naturel du mouvement cardiaque. »

L'activité des mouvements péristaltiques varie suivant le volume des fèces. L'expérimentation physiologique et l'observation radiologique démontrent que la progression du contenu intestinal se ralentit à mesure qu'on approche de l'anus. Plus lente dans l'iléon que dans le duodénum, elle est encore retardée dans le colon. La raison en est que pendant leur trajet, les matières sont soumises à l'absorption et que leur quantité va diminuant.

D'autre part, la défécation elle-même est un acte réflexe dont le point de départ est dans la sensibilité rectale. Pour éveiller cette sensibilité, et provoquer le besoin, la présence d'une certaine quantité de résidu fécal est indispensable.

Dès lors, il est facile de prévoir que l'insuffisance d'alimentation va créer de la constipation physiologique.

Certes, les fèces ne sont pas essentiellement composés de la partie non assimilable des nourritures. Il s'en produit alors même qu'aucun aliment n'est absorbé, par accumulation des sucs intestinaux et des débris d'épithélium desquamé. Mais cette accumulation est trop lente pour provoquer des selles régulières.

La constipation par défaut d'alimentation est d'observation courante en clinique. C'est une conséquence physiologique.

Constipation physiologique, celle du sujet que pour telle ou telle raison son médecin a soumis à la diète prolongée.

Constipation physiologique, celle du sujet qu'un trouble fonctionnel ou un obstacle organique de ses voies digestives supérieures empêche de se nourrir. Parmi les cas présentés à la Société de Thérapeutique le 6 avril 1927, par M. le Docteur Leven, figurent deux femmes atteintes de vomissements incoercibles de la grossesse.

Le rétrécissement du pylore du nourrisson offre un type de constipation par défaut de déchet fécal. Après les vomissements, la diminution des fèces est le signe important de la sténose pylorique. Les mères disent que leurs enfants ne vont à la selle que tous les deux ou trois jours et avec des lavements. Les selles ressemblent quelquefois au méconium, leur formation étant indépendante de tout résidu alimentaire.

Les nourrissons sains, normalement constitués mais

hypoalimentés, présentent une constipation du même ordre, signalée par tous les pédiâtres.

« Chez le nourrisson, écrit M. le Professeur Nobécourt dans son « Précis de Médecine des Enfants », la constipation est due assez souvent au peu d'abondance des résidus intestinaux du fait d'une digestion particulièrement active, de l'usage d'un lait pauvre en beurre ou d'un lait trop étendu d'eau (ce qui diminue le taux du beurre), de rations trop réduites. Elle est un symptôme de l'hypoalimentation. » Qu'on augmente convenablement les rations et les selles deviennent normales, démontrant l'intégrité fonctionnelle de l'intestin.

Et chez les blessés confinés au lit souvent anorexiques, chez les convalescents encore timorés dans leur régime, comment expliquer la constipation dont ils se plaignent si fréquemment ? On peut répondre avec Burlureaux que « s'ils ne rendent pas les 150 gr. de selles qui forment la moyenne des déchets normaux, c'est que leur machine ne produit pas ces 150 gr. de déchets ». De même chez nombre de femmes qui, pour suivre les caprices de la mode, s'imposent trop souvent au détriment de leur santé des cures de jeûne ou de demi-jeûne.

La siccité exagérée des excréta peut, comme leur pénurie, créer de la constipation physiologique.

Nos tissus ont besoin d'une quantité d'eau déterminée. Tous les phénomènes vitaux, a-t-on dit, se passent en milieu aquatique. Ainsi, un homme de

70 kgr. contient 44 kgr. d'eau, soit presque les deux tiers de son poids.

Sauf de très légères et passagères variations, le milieu intérieur reste remarquablement fixe. Des mécanismes régulateurs interviennent sans cesse pour rétablir l'équilibre quand celui-ci tend à être troublé. Cette constance de la masse liquide est assurée par la circulation et les déplacements continuels de l'eau.

Les entrées et les sorties de l'eau sont proportionnées. Ainsi les boissons abondantes provoquent la diurèse. Le régime sec diminue la quantité des urines.

La sécrétion rénale est la plus importante, mais non l'unique voie de l'élimination de l'eau.

Dans les conditions d'alimentation moyenne, on admet que l'homme élimine environ 100 gr. d'eau par les fèces, et avec une alimentation abondante et végétarienne, cette élimination peut atteindre 300 gr. D'après M. le Professeur Arthus, un sixième environ est formé par les combustions organiques et cinq sixièmes par l'eau ingérée.

Si l'organisme ne reçoit pas de liquides, la quantité d'eau éliminée s'affaiblit et les sécrétions intestinales diminuent. Le mucus des glandes de Lieberkuhn, dont le rôle est de faciliter le passage du gros intestin, devient plus épais et la constipation est fatale. Alors que la proportion d'eau dans les matières est normalement de 74 %, d'après Illoyay, lorsqu'elle descend à 50 % le cylindre fécal n'avance plus qu'à grand'peine, et quand elle est réduite à 20 %,

la progression des matières est totalement arrêtée, quelle que soit la puissance du muscle intestinal.

Le régime sec peut donc être une cause de constipation physiologique. Nous en avons recueilli un exemple à la consultation de M. le Docteur Leven :

Madame Bl..., 67 ans, sans profession, a pris de bonne heure l'habitude de ne boire très peu. Elle ne prenait, dit-elle, qu'un demi-verre de liquide par repas, et souvent un verre par 24 heures lui suffisait.

Dès sa jeunesse, elle fut constipée. A 25 ans, elle n'allait à la selle que tous les 3 ou 4 jours. Les matières étaient dures, mais les défécations n'étaient pas douloureuses.

Elle se rappelle être restée 8 jours et même, après un accouchement, 18 jours sans selle. Cette constipation prolongée ne s'accompagnait, du reste, d'aucun malaise, si bien que Mme Bl... ne prenait aucune drogue pour la combattre.

Vers l'âge de 50 ans, un médecin auquel elle parle de son état lui persuade qu'il faut une selle quotidienne et lui prescrit de prendre chaque matin un lavement.

Mme Bl... se plaignant depuis quelque temps de maux d'estomac et de digestions difficiles vient au début de janvier 1927 à la consultation de M. le Docteur Leven. Il lui supprime les lavements et lui conseille de boire à chaque repas un verre de tisane au choix de la malade. Il prescrit de plus :

Lactose 75 grs
 Poudre de réglisse simple 75 grs
 Une demi-cuillerée à café dans un verre à
 bordeaux de tisane, le matin au réveil.

Le tableau suivant montre comment, en six semaines, le fonctionnement intestinal s'est parfaitement rétabli. Actuellement Mme Bl... a régulièrement une selle quotidienne.

	1 ^{re} Semaine	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e
Lundi	0	1 s.	1 s.	1 s.	1 s.	1 s.
Mardi	0	0	0	0	0	1 s.
Mercredi	1 s.	1 s.	1 s.	1 s.	0	1 s.
Jeudi	0	0	0	0	1 s.	1 s.
Vendredi	1 s.	1 s.	1 s.	0	1 s.	1 s.
Samedi	1 s.	1 s.	0	1 s.	1 s.	1 s.
Dimanche	0	0	0	1 s.	1 s.	1 s.

Comme le régime sec, les spoliations aqueuses de l'organisme provoquent de la constipation par dessiccation des fèces.

Ainsi s'explique la constipation fréquemment observée après les périodes de diarrhées.

Ainsi s'explique encore la constipation des maladies aiguës fébriles (pneumonie, rougeole, scarlatine, angine) où l'organisme, luttant contre l'hyperthermie, se déshydrate.

Si la pénurie et la siccité des matières produisent de la constipation physiologique, celle-ci à son tour

tend à exagérer ses propres causes, en se compliquant de « surdigestion ».

Ordinairement, le gros intestin n'exerce pas d'action digestive, pour la raison que les matières, qui le traversent ont été déjà presque complètement digérées. Il ne faut pas en conclure que sa muqueuse est dépourvue de pouvoir absorbant.

Son avidité pour l'eau est bien connue. Elle est utilisée en thérapeutique pour la sérothérapie. Le contenu intestinal du constipé subit une déshydratation continue.

La quantité des matières sèches diminue également. Cette « surdigestion » a été étudiée par Goiffon à la suite des Allemands Ad. Schmidt, Strassburger et Lohrish.

Etudiant la selle de constipation, Schmidt dit « qu'au microscope on ne trouve dans la masse évacuée que d'extrêmement rares résidus alimentaires. Ça et là, quelques misérables restes de fibres musculaires, pas de cellules de pomme de terre, pas de savons de chaux. »

D'après Lohrisch, l'azote, les graisses, les hydrates de carbone existent en quantité très faible dans les fèces des constipés. C'est surtout pour la cellulose que les différences sont les plus nettes :

Selles normales	57,9 % d'utilisés.
Constipation chronique .	81,4 %

Pour l'agar-agar, le chiffre d'utilisation est 72,5 % au lieu de 37,7, fourni par un sujet normal.

« On ne peut, dit Goiffon, contester l'exactitude de ce qu'ils ont observé. Nous l'avons maintes fois vérifié : dans les selles dures, les éléments alimentaires visibles micro- et macroscopiquement sont extrêmement rares. »

Cette extrême utilisation des parties alimentaires renfermées dans le contenu du gros intestin permet de donner, en définitive, une signification clinique à la constipation physiologique.

Elle apparaît comme un phénomène d'épargne « destiné, écrit M. le Docteur Leven, à diminuer les pertes de l'organisme, destiné à utiliser au maximum les produits de la digestion avant d'éliminer les produits non digérés. »

L'opinion de notre maître est corroborée par les constatations que M. le Docteur Lassablière a faites chez les nourrissons présentant de la constipation physiologique par hypoalimentation :

« Quoi qu'il en soit, on peut soutenir que cet état n'est pas en rapport avec une insuffisance fonctionnelle de l'intestin, car la digestion, comme en témoignent les selles, est parfaite, et d'autre part ces fausses constipations ne nuisent pas au développement de l'organisme. Bien plus, j'ai observé qu'ils correspondaient régulièrement à un accroissement très marqué, soit de 25 à 40 gr. de gain par jour et que si on essayait de les faire disparaître par des moyens physiques ou médicamenteux, il en résultait, avec l'augmentation des selles, une inflexion notable de la

courbe des poids de l'enfant dont le gain n'est plus que de 5 à 15 gr. par jour.

» On a avancé que dans ces cas les enfants étaient soumis sinon à une ration très insuffisante, du moins réduite, et qu'ainsi l'intestin suppléait au déficit de la ration par un excès de travail, par une assimilation plus parfaite. Cette hypothèse a pour elle la confirmation que j'ai faite moi-même de l'insuffisance de la lactation chez la mère de plusieurs enfants atteints de fausse constipation, et elle s'appuie également sur les caractères de parfaite digestion sur laquelle j'ai insisté plus haut. »

De ces considérations, on peut tirer une première notion thérapeutique.

La constipation physiologique ne doit pas être combattue directement par des laxatifs, purgatifs ou grands lavements.

« Elle appartient au groupe des symptômes qu'il faut respecter, telles certaines diarrhées de défense, certaines sueurs, certaines toux, certaines oliguries, dans des conditions déterminées. » (Leven.)

Nous indiquerons ultérieurement comment on arrive à régulariser les selles.

Mais nous écartons immédiatement les moyens violents trop souvent usités sans discernement contre la constipation.

III.

DE L'AUTOINTOXICATION INTESTINALE.

En nous refusant à intervenir directement contre la constipation, nous nous exposons à une grave objection : « La présence des déchets dans l'intestin est une source de toxémie qui trouble profondément l'organisme. » Ainsi proclament les théoriciens de l'autointoxication intestinale. Il nous faut étudier de près leur doctrine. Son examen nous entraînera à des développements qui paraîtront peut-être longs, mais ils sont indispensables pour la solidité de nos conclusions.

Le tube digestif est une usine à poisons : ainsi peut se résumer la théorie de l'autointoxication intestinale.

Elle n'est pas précisément nouvelle. Au XVIII^e siècle, un médecin célèbre de Berne, Albrecht von Haller, écrivait que « dans la constipation, les humeurs impures des fèces étaient absorbées et remplissaient le sang d'humeurs âcres produisant la fièvre, les hémorrhagies, la consommation et l'insanité. »

En 1868, le professeur allemand Sénator décrivit « les intoxications dont la cause réside dans l'intestin. »

Mais c'est le professeur Bouchard qui, dans une série de leçons faites à la Faculté de Médecine de

Paris, en 1885, édifia magistralement sur des bases modernes la théorie de l'autointoxication gastro-intestinale.

Battue en brèche par les médecins allemands, elle a été reprise par différentes écoles et en particulier par Combe de Lausanne.

Selon Combe, le contenu de tout le tube intestinal est toxique, et cette toxicité atteint son degré maximum dans le gros intestin.

« L'autointoxication, dit-il, c'est l'empoisonnement par les altérations quantitatives et qualitatives d'une digestion normale.

» A côté de la digestion par les enzymes de l'estomac, de l'intestin et des glandes digestives, il se produit chez tout homme une digestion par les microbes qui vivent en véritable symbiose dans son tube digestif.

» Les enzymes digestifs transforment les amidons en sucre, émulsionnent les graisses, transforment les substances azotées en albumines, en peptones et en corps cristallisés.

» Mais l'action des microbes ne se borne pas là. On trouve dans le chyle et les matières fécales des acides : lactique, butyrique, propionique, etc... qui proviennent de la fermentation des hydrates de carbone; on y trouve un gaz : l'hydrogène sulfuré, et des substances aromatiques, des ptomaines qui proviennent de la putréfaction des corps azotés et qui ne se produisent pas avec les enzymes digestifs seuls.

Il faut donc admettre qu'ils proviennent de l'action des microbes. »

Or, cette action microbienne, où s'exerce-t-elle pour Combe ?

Après avoir étudié la désagrégation de la molécule albumineuse dans l'intestin, voici quelles sont ses conclusions :

« Dans l'intestin grêle : 1° l'action des enzymes et des microbes réunis donne naissance aux produits de digestion des hydrates de carbone mélangés aux produits de la fermentation microbienne de ces corps; 2° l'action des enzymes protéolytiques ne s'étend pas jusqu'à la production des corps cristallisables di- et mono-aminés, les microbes protéolytiques ne pouvant y développer leur action putréfiante à cause de la réaction acide qui y règne normalement.

» Dans le gros intestin : la réaction devenant plus alcaline, grâce à la mise en liberté des bases ammoniacales, l'action des bacilles protéolytiques peut se manifester et donne naissance aux corps aromatiques (phénol, scatol, indol) et aux corps gras (acides gras et ptomoïnes) produits caractéristiques de la putréfaction microbienne.

» Nous en pouvons donc conclure que normalement la fermentation des corps hydrocarbonés par les microbes sacharolytiques se fait dans l'intestin grêle et que la putréfaction des corps azotés par les microbes protéolytiques se fait dans le gros intestin. »

Combe fait enfin sienne l'opinion de Jakowski : la désagrégation des acides mono- et di-aminés qui

caractérise la putréfaction albumineuse ne se produit normalement que dans le gros intestin, où la réaction est alcaline.

En face de la doctrine de Combe, il convient de mettre celle de M. le Professeur Roger.

M. le Professeur Roger a exposé les résultats de ses recherches dans son Cours de Pathologie expérimentale et comparée, fait à la Faculté de Médecine de Paris en 1907.

Pour lui et ses élèves, la toxicité du tube digestif va en diminuant à mesure qu'on approche de sa terminaison.

« Pour nos expériences, dit M. le Professeur Roger, rendant compte de ses recherches faites avec Garnier sur le lapin, nous recueillons tout le contenu de l'intestin grêle, nous l'additionnons d'eau salée à 7 ‰, nous pressons sur un linge, nous centrifugeons et filtrons. Le liquide ainsi obtenu, injecté dans les veines d'un lapin, se montre fort toxique. La dose mortelle est, en moyenne, de 4 cm³ par kilogramme. »

Expérimentant dans les mêmes conditions sur le chien, voici les constatations faites : « Si on recueille séparément les matières contenues dans le duodénum, et celles que renferme la fin de l'iléon, on trouve que malgré la concentration qu'elles subissent, les matières en cheminant dans l'intestin perdent de leur toxicité. Dans une de nos expériences, la dose mortelle pour 1 kgr. était de 0 cm³ 51 avec l'extrait duodénal et de 1,76 pour l'extrait provenant de l'iléon.

Dans une autre expérience, les chiffres étaient analogues : 0,77 et 1,91. »

Et dans le gros intestin, quelle est la proportion des substances toxiques ? « Le gros intestin en contient également; mais, contrairement à ce qu'on aurait pu croire, malgré leur aspect et leur état de putréfaction, malgré la présence de nombreux produits d'origine microbienne, leur action est, en général, moins marquée et moins intense que celle des extraits pratiqués avec le contenu de l'intestin grêle. »

M. le Professeur Roger a fait étudier par Robert la toxicité des matières fécales d'un homme bien portant. « Aux 150 gr. de matières obtenues, il ajoute 600 cm³ d'alcool à 90°. Les matières solubles dans l'alcool furent reprises après évaporation du dissolvant dans 270 cm³ de sérum artificiel. Cet extrait fut peu toxique. Un animal reçut par kilogramme l'extrait de 44 gr. de matières : il survécut, après avoir eu une accélération de la respiration, et quelques contractions fibrillaires.. Quant aux matières insolubles dans l'alcool, l'injection de 36 cm³, 5 par kgr. amena la mort en 4 heures au milieu de convulsions et un abaissement progressif de la température qui tomba à 35°. »

M. le Professeur Roger rapporte l'opinion de Conradi et Kurpjuweit, d'après qui les matières fécales normales possèdent même des propriétés antiseptiques dues à des substances bactéricides analogues à celles qui se trouvent dans les vieilles cultures.

Bref, pour M. le Professeur Roger, à mesure que

« dans le tube digestif la putréfaction s'accroît, la toxicité s'affaiblit. Combien ses conclusions diffèrent de celles de Combe ! Et pourtant, nous n'avons pas encore vu tout ce qui les sépare.

Pour Combe, la putréfaction des substances toxiques dans le tube digestif est fonction de l'alimentation. L'autointoxication est accrue quand l'alimentation se compose de mets particulièrement putrescibles. Elle diminue considérablement sous l'influence du régime lacté.

« Les poisons de l'intestin, écrit M. le Professeur Roger, sont-ils simplement d'origine alimentaire ? On serait tenté de le supposer en constatant l'influence du régime lacté. Ce serait, croyons-nous, une erreur. Si le lait diminue la toxicité, c'est parce qu'il dilue les véritables substances toxiques. Celles-ci, en effet, sont essentiellement représentées par des matières qui proviennent de l'intestin lui-même. »

Et M. le Professeur Roger rappelle les expériences de Druchert et Dehon qui « ont montré qu'en général la dose de 1 gr. de muqueuse intestinale en dilution au dixième est toxique. »

Voilà donc en présence des théories bien différentes sur l'autointoxication intestinale.

Pour Combe ce sont les putréfactions digestives, augmentant du duodénum au rectum, les responsables de tout le mal. Selon M. le Professeur Roger, la

toxicité, d'origine intestinale, et non alimentaire, va diminuant du duodénum au rectum.

Devant ces contradictions, il nous sera permis de penser que la question n'a pas reçu sa solution définitive.

Si les poisons élaborés dans l'intestin sont résorbés et passent dans le sang, a-t-on pu les constater ? L'analyse chimique est-elle arrivée à isoler un agent de stercorémie ? Jusqu'ici aucune méthode n'a donné satisfaction.

Le Professeur Bouchard dirigea les recherches du côté des urines « flot collecteur qui entraîne la toxicité venue d'ailleurs. »

Après avoir démontré que l'urine injectée par voie intraveineuse était toxique, Bouchard définit l'unité de toxicité, l'urotoxie. L'urotoxie est la quantité d'urine nécessaire pour tuer 1 kgr. d'être vivant et le coefficient urotoxique est la quantité d'urotoxies que 1 kgr. d'homme peut fabriquer en 24 heures.

Or, le coefficient urotoxique augmente avec l'intensité de la putréfaction intestinale. Il diminue, au contraire, quand on pratique l'antisepsie du tube digestif.

Combe juge la méthode de Bouchard inexacte. Pour lui, le coefficient urotoxique ne peut, en aucune façon, servir à diagnostiquer l'autointoxication intestinale, car il s'élève dans les maladies les plus diverses (maladies infectieuses, maladies de la nutrition).

Puis, le coefficient urotoxique n'indique pas seule-

ment la toxicité de l'urine. Il comprend une série d'autres facteurs importants.

Ainsi, la quantité de liquide injecté augmente la pression sanguine, ce qui peut produire des thromboses, des embolies, pouvant, elles seules, causer la mort. Et, surtout, le sang et l'urine sont loin d'être des liquides isotoniques. Leur mélange peut produire dans l'organisme des altérations considérables par rupture de l'équilibre normal entre les éléments histologiques : globules sanguins en premier lieu.

Après avoir fait la critique du coefficient urotoxique, Combe propose de diagnostiquer et de doser l'autointoxication intestinale par les sulfo-éthers de l'urine. Les sulfo-éthers sont des sulfates acides de phénols. Ils sont dans l'urine à l'état de sels d'alcalis, surtout à l'état de sels de potasse.

« Normalement, écrit Combe, les sulfo-éthers doivent être envisagés comme un index de l'autointoxication intestinale, car ils ne proviennent que de la putréfaction azotée microbienne de l'intestin... La quantité des sulfo-éthers dans l'urine est proportionnelle à l'intensité des processus de putréfaction dans l'intestin, et elle nous en permet la mesure. »

L'opinion de Combe a été combattue par MM. Henri Labbé et Vitry qui ont rendu compte de leurs recherches dans une série de communications faites à la Société de Biologie. Ils ont constaté la formation des sulfo-éthers dans la digestion artificielle et aseptique

des albumines. Ils ont surtout noté qu'il y a parallélisme complet, pendant le jeûne absolu, entre la quantité des sulfo-éthers et celle de l'azote urinaire total. Cet azote urinaire provenant de la désagrégation des albumines cellulaires, les sulfo-éthers ont vraisemblablement la même origine et se forment dans l'intimité des tissus.

Et voilà encore de nouvelles contradictions appuyées par des autorités égales. Pour Combe les sulfo-éthers de l'urine constituent un signe pathognomonique de l'autointoxication intestinale. Pour Labbé et Vitry, leur formation ne nécessite pas l'intermédiaire des microbes intestinaux ; ils témoignent d'une désintégration.

Si on quitte maintenant le domaine de la théorie pour s'adresser à la clinique, que dit l'observation des faits ?

Selon Combe et son école, l'autointoxication intestinale crée une foule de symptômes variés. Du côté du tube digestif, ce sont des crises de sialorrhée, de vomissements, de diarrhées, des ictères, des cirrhoses hypertrophiques. Du côté de l'appareil circulatoire, on observe de la tachycardie simple ou paroxystique, de l'arythmie, de la pseudo-angine de poitrine, de la névrose réflexe de Rosenbach, de l'hypertension artérielle. Les autointoxiqués ont de l'hyperthermie. Au point de vue respiratoire, on note chez eux de l'asthme, des congestions fébriles avec « pneumonisme » à l'auscultation. Le système nerveux aussi

est touché : migraines, vertiges, neurasthénie, crises de petit mal et de grand mal, troubles mentaux et paralytiques, etc.. La nutrition générale est troublée et l'action des poisons intestinaux se traduit par de l'anémie simple ou pernicieuse, même du nanisme. Aux reins, congestion, néphrite. A la peau, acné, eczéma séborrhéique, furonculose, etc...

Il apparait immédiatement que bon nombre de ces symptômes ne s'expliquent pas par l'antointoxication intestinale : crises de pseudo-angines de poitrine ne survenant qu'après le repas, névrose de Rosenbach — qualifiée de reflexe — fièvre immédiatement après le repas alors que les aliments sont encore en majeure partie dans l'estomac, vertiges apparaissant dès le début des repas. Il faudrait admettre que l'autointoxication intestinale exerce ses effets subitement.

Dans une discussion qui eut lieu, en 1908, à la Société de Thérapeutique, sur les purgatifs, Laumonier s'exprimait ainsi : « Presque toujours, en présence de ces prétendus cas d'autointoxication intestinale, l'examen attentif permet de reconnaître que les accidents sont imputables à des réflexes partis de la muqueuse gastrique ou intestinale ou même à de simples états anxieux, à des phobies. »

D'autre part, nombreux sont les sujets que n'incommode nullement une constipation de plusieurs jours. Nous en avons noté à la consultation de M. le Docteur Leven :

Mme Bl..., que nous avons déjà citée plus haut, est restée à plusieurs reprises 8 jours, et, après un accouchement, 18 jours sans selle. Elle n'a ressenti, pendant ces périodes de constipation, aucun malaise.

Mme Re... vient consulter le 14 février 1927 pour constipation habituelle. Il y a six jours qu'elle n'a pas été à la selle. Elle s'inquiète de son état, mais ne ressent aucun malaise.

Mlle Va... vient consulter le 14 février 1927 parce qu'elle est, depuis un an environ, sujette à la constipation. Il lui arrive de rester 10 jours sans garde-robe. Au cours de ces périodes, elle ne se plaint d'aucun malaise.

Mme Ra... se présente le 21 février 1927 à la consultation. Elle n'a pas été à la selle depuis le 16 février. Aucun malaise.

Mme Go... vient consulter le 16 mai 1927 pour un point douloureux sternal. Elle parle accidentellement de sa constipation. Il lui est habituel de rester 8 jours sans selle. Pendant ce temps, aucun malaise.

Mme Da... vient consulter le 28 février 1927. Il y a huit jours qu'elle n'a pas eu de garde-robe. Aucun malaise.

En 1905, Delorme a publié une statistique de 2680 cas d'opérés constipés sans accident.

Dans ses communications à la Société de Thérapeutique M. le Docteur Leven a cité des malades qui ont admirablement supporté 16 et 17 jours de constipation. Il a observé un malade qui n'avait pas eu une

seule selle, même minime, depuis 44 jours, et qui cependant ne présentait aucun signe d'intoxication.

Parmi les faits du même ordre que nous avons trouvés dans la littérature médicale, les auto-observations de Burlureaux et de Laumonier nous ont particulièrement intéressé.

Dans son livre sur la Purgation, Burlureaux rapporte qu'il fut, en 1906, immobilisé au lit par une fracture bimalléolaire et qu'il lui vint, à cette occasion, une constipation opiniâtre. Il ne fit rien pour la combattre. « Au vingt-troisième jour, écrit-il, j'ai obtenu une selle normale suivie encore de quatre autres jours de constipation, après quoi mes selles ont repris leur ancienne régularité quotidienne sans que le moindre dommage appréciable soit résulté pour moi de cette longue constipation. »

Voici comment Laumonier a rapporté son propre cas : « En 1875, à 14 ans, je reçus une très grave et très profonde blessure dans la région antéro-latérale droite du cou ; les jugulaires interne et externe furent coupées. Le médecin de ma famille craignant que la carotide n'eut été tranchée, m'imposa une immobilisation absolue. Je restais dans cet état 28 jours sans bouger, sans aller à la selle, aucun purgatif ou laxatif ne m'ayant été administré. Le 29^e jour seulement j'eus une garde-robe naturelle, facile et abondante. Et cependant quel avait été mon régime pendant ces quatre semaines ? Sous prétexte de combattre mon anémie et mon épuisement, on me gava de lait de poule, de jus de viande, de coulis de volaille

et de poissons et de vins généreux. N'étais-je pas ainsi dans les meilleures conditions pour faire de l'autointoxication par coprostase? Eh bien, il faut croire que non, puisque je n'eus pas une minute de fièvre, pas le moindre accident nerveux ou autre, que mon sommeil resta parfaitement calme et régulier et que mon appétit ne fléchit pas. »

Les constatations de la clinique sont-elles donc en opposition avec celles du laboratoire ?

Une expérience de Falloise donne l'explication de ce désaccord apparent. L'extrait aqueux des matières fécales, au lieu de l'injecter par voie intraveineuse, Falloise l'injecte dans une anse isolée de l'intestin normal. Il n'observe pas le moindre signe d'intoxication.

Cette expérience, faite dans des conditions voisines de ce qui se passe en réalité, permet de conclure que normalement l'organisme est adapté pour lutter contre la toxicité des déchets alimentaires.

L'épithélium de l'intestin forme un premier barrage. D'abord son pouvoir d'absorption est très diminué dans la constipation à cause de la dureté des matières. Puis sa couche de mucus offre à la pénétration des microbes un véritable obstacle, renforcé par l'action chimique de la bile, du suc pancréatique, du suc entérique.

Si les produits toxiques franchissent en partie la paroi intestinale, ils sont repris par la circulation forte, conduits au foie où ils sont atténués ou élimi-

nés par le cholédoque — ou vont aux reins qui les éliminent dans les urines.

Ce système de défense est efficace tant que la muqueuse intestinale reste intacte et saine. « Il faut que la muqueuse intestinale soit lésée pour que les microbes et leurs toxines puissent gagner la circulation générale. Marfan et Bernard ont montré, il y a trente ans, que normalement les microbes restent dans la cavité intestinale étanche, et ne franchissent pas l'épithélium, mais qu'ils pénètrent dans la circulation au fur et à mesure que la barrière intestinale est lésée. » (Pauchet et Gaehlinger.)

Quand la muqueuse est lésée, qu'il y a colite, quand il y a surtout un état de déchéance fonctionnelle portant simultanément sur plusieurs organes dont la foie et les reins, il n'est pas douteux que la constipation peut entraîner des accidents.

Mais ce n'est plus là cette constipation simple, physiologique, que nous envisageons dans le présent travail.

La constipation physiologique ou stagnation des matières dans le tube intestinal intact, avec organisme sain, ne justifie pas les craintes que pourrait inspirer la théorie de l'autointoxication. Ce n'est pas une réalité bien dangereuse contre laquelle il faille déployer des armes qui, ailleurs, portent souvent à côté.

IV.

CONSTIPATION PHYSIOLOGIQUE ET PURGATIFS.

Pour beaucoup d'esprits, le mot constipation évoque nécessairement comme un corollaire le terme de laxatif.

Certes, les médecins n'en sont plus à leur ancienne vénération pour les purgatifs. Ils ne les recommandent pas aujourd'hui sans réserve. Mais il n'en va pas de même du public. Effrayé par les dangers d'autointoxication qu'on lui présente à la dernière page des journaux, il prend lavements et purgations à tort et à travers, en toute saison, pour guérir la maladie comme pour la prévenir.

Incapable de discernement, il adopte telle ou telle spécialité purgative que lui vantent les prospectus, et dont les fabricants ne font pas toujours connaître la composition et l'action thérapeutique. La plupart contiennent du séné, de la rhubarbe, de l'aloès, du podophyllin, du nerprun, du cascara sagrada, de la bourdaine, ou leurs principes actifs, ou encore des produits chimiques synthétiques. « On peut dire, écrit M. Chassevant, que les progrès de la chimie ont fait faire un progrès à rebours à la thérapeutique purgative. Les principes actifs : acide cathartique, cascarine, franguline, podophyllotoxine, evonymine, qui agissent à petites doses, et s'administrent sous

forme pilulaire ou granulée, lèsent plus énergiquement la muqueuse au point où ils commencent leur action que ne le faisaient les préparations laxatives de nos pères, confections de casse, infusions de séné, dans lesquelles ces mêmes principes actifs, dilués convenablement, étaient engagés dans des combinaisons plus ou moins facilement dissociables, à l'état de glycosydes et de composés tanniques. »

Des théories diverses ont été émises pour expliquer le mode d'action des purgatifs. On ne saurait conclure à un mécanisme physiologique unique. Il faut dire, avec Richaud, que le plus souvent les purgatifs modifient simultanément plusieurs des éléments constitutifs de l'appareil intestinal, la purgation étant le résultat des effets combinés de l'osmose, de l'hyper-sécrétion des glandes propres ou des glandes annexes du tube digestif, de la congestion catarrhale de la muqueuse et enfin de l'exagération du péristaltisme intestinal.

L'emploi d'une telle médication n'est pas rationnel dans la constipation physiologique, dont on se rappelle la pathogénie.

Cette constipation est parfois imputable à la pénurie des matières à évacuer. L'inutilité de la purgation est alors évidente.

« Le médecin, écrit Burlureaux, qui, par des purgatifs ou des lavements, s'acharnerait à faire produire à la machine humaine des déchets qu'elle n'est pas en état de produire, serait semblable à un ingénieur

mal avisé qui, pour augmenter le débit d'un cours d'eau, irait en draguer le lit. »

Chez les sujets sous-alimentés et secondairement constipés, il faut respecter le contact prolongé du chyme avec la paroi intestinale, qui laisse aux ferments et aux villosités le temps d'élaborer le plus possible de substances digestibles. Nous avons déjà signalé, d'après M. le Docteur Lassablière, l'action favorable de cette constipation sur l'augmentation du poids des nourrissons.

Quand la constipation physiologique a son origine dans une déshydratation de l'organisme, l'emploi des purgatifs n'est pas plus indiqué.

Leur action sur la muqueuse intestinale provoque des sécrétions liquides parfois très abondantes, ce qui, naturellement, a une répercussion sur la composition du sang. Cette hypersécrétion intestinale a la valeur d'une saignée séreuse. En thérapeutique cardiaque ou rénale, elle aboutit, par action dérivative, à de merveilleux résultats. Dans la constipation physiologique par déshydratation, elle va à l'encontre du résultat poursuivi, l'organisme s'appauvrissant encore en eau. En cas d'abus, elle peut même avoir de graves conséquences, au point de vue général. « A force de spolier le sang de plusieurs éléments, l'emploi réitéré des évacuants cause peu à peu des anémies et des cachexies redoutables. » (Professeur Arnozan.)

Traitée par les purgatifs, comme il arrive trop sou-

vent, la constipation physiologique passagère devient constipation artificielle chronique. Et c'est à ce propos que Burlureaux fait sienne la parole amère de Montaigne : « Les médecins appellent secours, ce qui le plus souvent est empeschement. »

A la suite de l'administration d'un purgatif, il est banal d'observer de la constipation. C'est en partie explicable par l'évacuation exagérée de l'intestin qui n'est de nouveau assez rempli pour produire une selle qu'au bout de deux ou trois jours. Mais, il faut surtout tenir compte des lésions de la muqueuse dont l'examen des selles démontre la desquamation intense. Il est probable que les lésions qui touchent la muqueuse diminuent l'excitabilité du plexus d'Auerbach qui s'y trouve. D'où une parésie à laquelle il faut attribuer ce qu'on appelle l'accoutumance.

L'excitabilité nerveuse de l'intestin diminuant progressivement, le malade, pour obtenir un résultat, doit constamment augmenter les doses de son médicament.

La guérison de pareils constipés exige d'abord la suppression des purgatifs. Privé d'excitation anormale, l'intestin pourra rester quelques jours sans s'exonérer, mais peu à peu les selles se régulariseront.

Nous pouvons citer quelques exemples de rééducation progressive du fonctionnement intestinal après suppression des purgatifs :

Mme Re... vient consulter à la mi-février 1927 pour constipation. Elle ne peut, dit-elle, aller à la selle qu'à l'aide de

l'huile de ricin, dont elle prend une cuillerée à soupe tous les deux jours. M. le Docteur Leven défend les lavements et tous les purgatifs. La première selle spontanée de la malade se fait attendre six jours; aucun malaise du reste. Le 7 mars elle revient à la consultation et déclare aller tous les 3 jours à la selle sans médicaments. Le 4 avril elle annonce qu'elle a régulièrement une selle quotidienne.

Mlle Va... vient consulter à la mi-février 1927 pour amenorrhée et constipation invétérée. Elle a l'habitude des laxatifs, qu'elle prend tous les 2 jours. On lui supprime ces laxatifs et on lui prescrit des cachets d'extrait de corps thyroïde. Après 4 jours sans selle, le fonctionnement intestinal se rétablit peu à peu et au bout de 15 jours, la malade a sa garde-robe quotidienne. Elle laisse alors de côté les cachets de corps thyroïde : la constipation ne revient pas. Le 16 mai, Mlle Va... annonce qu'elle continue à avoir régulièrement une selle pas jour.

Mr Bi... vient consulter le 21 février 1927 pour vomissements et constipation. Il prend un purgatif tous les deux jours. On supprime tous les médicaments. A la première semaine, il va trois fois à la selle, la deuxième semaine cinq fois. Au bout de la troisième semaine il obtient une selle quotidienne sans drogues.

Mme Ma... a commencé à être constipée il y a environ 7 ans et depuis 4 ans n'a jamais eu de selle sans laxatif. Suppression des drogues le 22 mars 1927. Aucune selle jusqu'au 6 avril, soit pendant 15 jours. Le 6 avril, très petite selle dure et noire. Le 7 avril, une petite selle dure et noire. Le 8 avril, une selle normale et, depuis, l'intestin fonctionne normalement tous les jours.

Pareils faits prouvent clairement comment les purgatifs, loin de procurer la vraie guérison, peuvent

devenir au contraire, les agents de la persistance et de l'aggravation de la constipation.

Ils constituent à l'usage des purgatifs dans le traitement de la constipation physiologique, une nouvelle contre-indication qui s'ajoute à celles que nous avons tiré de la pathogénie même de cette constipation.

V.

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION PHYSIOLOGIQUE.

S'il ne faut pas combattre la constipation physiologique directement et par des moyens brutaux, il ne s'ensuit pas que la liberté du ventre soit chose indifférente.

Mais le but n'est pas de contraindre l'intestin à fonctionner coûte que coûte. Le thérapeute doit viser à la selle régulière quotidienne en traitant la cause même de la rétention.

Suivant le cas, il faudra modifier le régime alimentaire soit en augmentant la ration globale, soit en ajoutant des boissons. On augmente ainsi le volume des fèces et on les hydrate.

On excitera le péristaltisme en prescrivant au malade de prendre, le matin au réveil un demi verre à bordeaux de tisane de mauve avec un des paquets :

Poudre de Lactose 0 gr. 75.

Poudre de réglisse simple . . 0 gr. 50.

Cette médication a pour but de provoquer, comme le fait toute ingestion, les contractions de l'intestin.

On se rappellera le conseil de Trousseau de la tentative de défécation quotidienne unique, à heure fixe.

Cette tentative sera recommandée un quart d'heure après le petit déjeuner, pendant cinq minutes seulement.

Enfin, on calmera les appréhensions du constipé relativement à l'autointoxication, et on lui recommandera de la patience dans l'attente de la première selle spontanée. Ce retour demandera le plus souvent 4 ou 5 jours, quelquefois 10 ou 15 jours.

Quand cette attente effraie le malade à l'excès, M. le Docteur Leven autorise, le 4^e jour, un lavement préparé avec 200 gr. d'eau et 50 gr. de lait mélangés, tièdes, ou 200 gr. d'eau de guimauve.

CONCLUSIONS.

1° En plus de la constipation d'origine pathologique ou artificiellement créée, il existe une constipation phénomène purement physiologique.

2° Cette constipation physiologique, sans élément pathologique surajouté, ne donne pas d'autointoxication.

3° L'emploi des purgatifs n'est pas justifié pour combattre la constipation physiologique.

Vu : Le Président,
P. NOBÉCOURT.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — *Troubles des échanges nutritifs*. Masson, édit., Paris, 1926.
- ARTHUS. — *Précis de Physiologie*. Masson, édit., Paris, 1920.
- ARTHUS. — *Précis de Chimie physiologique*. Masson, édit., Paris, 1920.
- BATTIGNE. — *Considérations cliniques sur l'intoxication intestinale*. (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux, 1916).
- BARDET. — *Direction logique du traitement de la constipation*. (Bulletin général de Thérapeutique, juillet 1908).
- BÉCHAMP. — *Contribution à l'étude de l'auto-intoxication d'origine intestinale*. (Thèse de Paris, 1912-13).
- BIANCHI. — *De l'emploi immodéré des purgatifs*. (Thèse de Lyon, 1923-24).
- BOUCHARD. — *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*. F. Savy, édit., Paris, 1887.
- BURLUREAUX. — *Un danger social : la Purgation*. Perrin, édit., Paris, 1908.
- BURLUREAUX. — *Sur la purgation*. (Bulletin général de Thérapeutique, 15 juin 1908).
- CHASSEVANT. — *Purgation et Purgatifs*. (Bulletin général de Thérapeutique, 30 juin 1908).
- CHANVOIS. — *Un danger social : la Constipation*, Maloine, édit., Paris, 1923.
- COMBE. — *L'auto-intoxication intestinale*. Baillière, édit., Paris, 1909.
- CONSTANTIN. — *Contribution à l'étude radiologique de la constipation habituelle*. (Thèse de Paris, 1918-19).
- FROUSSARD. — *Le traitement de la constipation*. Baillière, édit., Paris, 1921.

- GALLOIS. — *Accidents donnés par la purgation et les lavements.* (Bulletin médical, 11 sept. 1907).
- GAULTIER. — *Précis de coprologie clinique.* Baillière, édit., Paris, 1914.
- GLEY. — *Traité élémentaire de Physiologie.* Baillière, édit., Paris, 1918-19.
- GOIFFON. — *Manuel de Coprologie clinique.* Masson, édit., Paris, 1921.
- GOIFFON. — *La surdigestion chez les constipés.* (Archives des maladies de l'appareil digestif, 1923.)
- H. LABBÉ et G. VITRY. — *Origine des sulfo-éthers urinaires. Métabolisme des sulfo-éthers dans l'organisme humain.* (Comptes-rendus de la Société de Biologie, 1906).
- H. LABBÉ et G. VITRY. — *Les sulfo-éthers urinaires dans le jeûne. Formation de dérivés sulfo-conjugés au cours d'une digestion aseptique d'albumine. Indice de sulfo-conjugaison des albumines.* (Comptes rendus de la Société de Biologie, 1907).
- LASSABLIÈRE. — *Fausse constipation du nourrisson.* (La Clinique infantile, 1908).
- LAMBLING. — *Précis de Biochimie.* Masson, édit., Paris, 1921.
- LAUMONNIER. — *Le travail de M. Burlureaux sur la purgation* (Bulletin général de Thérapeutique, 30 mai 1908).
- LE GENDRE. — *La question des Purgatifs.* (Bulletin médical, 1908).
- G. LEVEN. — *La Dyspepsie.* Baillière, édit., Paris, 1921.
- G. LEVEN. — *Régime des constipés.* (Bulletin de la Société de Thérapeutique, juin 1921).
- G. LEVEN. — *Le traitement de la constipation, symptôme artificiel.* (Bulletin de la Société de Thérapeutique, avril 1923.)
- G. LEVEN. — *La Constipation Physiologique* (Bulletin de la Société de Thérapeutique, avril 1927.)
- MARFAN. — *Affections des voies digestives de la première enfance.* Masson, édit., Paris, 1923.

- MINORET. — *Action des purgatifs sur la nutrition*. (Comptes rendus de la Société de Biologie, 1900.)
- NOBÉCOURT. — *Précis de Médecine des enfants*. Masson, édit., Paris, 1926.
- NOBÉCOURT. — *Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons*. Masson, édit., Paris, 1922.
- PAUCHET et GAHLINGER. — *La Constipation*. Doin, édit., Paris, 1926.
- PIC et BONNAMOUR. — *Les dangers de la Purgation* (Bulletin général de Thérapeutique, 1924).
- RENANDAUX. — *Constipation et transit iléo-cæcal*. (Thèse de Paris, 1921.)
- RICHAUD. — *Précis de Thérapeutique et de Pharmacologie*. Masson, édit., Paris, 1924.
- RICHEL. — *Traité de Physiologie médico-chirurgicale*, tome II. F. Alcan, édit., Paris, 1921.
- ROGER. — *Digestion et nutrition*. Masson, édit., Paris, 1910.
- ROGER. — *Alimentation et digestion*. Masson, édit., Paris, 1907.
- SIREDEY. — *La Constipation maladie de la volonté* (Journal de Médecine et Chirurgie pratique, 1923).
- TRÉMOLIÈRES et CAUSSADE. — *Modalités cliniques, diagnostic et traitement de la constipation* (Journal de Médecine et Chirurgie pratique, 1923).
- VILLEMIN. — *La Constipation* (Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales de Dechambre).
- VITRY. — *Traitement de la Constipation*. O. Berthier, édit., Paris.
-

ANNEXE

Le contenu de l'intestin progresse vers l'anus, grâce aux mouvements péristaltiques résultant des contractions des tuniques musculaires transversale et longitudinale. Les fibres se contractent en arrière du bol intestinal et le chassent au devant d'elles.

Les mouvements péristaltiques sont sous la dépendance d'un système nerveux intrinsèque qui a été spécialement étudié par Keith. D'après cet auteur, il y a entre les couches musculaires de l'iléon et du colon un plexus composé de tissu nodal semblable à celui des sinus de cœur. Il forme des centres réflexes intercommuniquants. C'est en se propageant successivement d'un de ces centres au suivant que l'excitation détermine la marche de la contraction. La conservation de ce plexus est indispensable au maintien des contractions rythmiques qu'on peut observer dans un fragment isolé de l'intestin.

Ces centres périphériques ne sont pas indépendants du système nerveux central. Ils sont rattachés à la moelle par les pneumogastriques et les splanchniques qui tendent, les premiers à exagérer et les seconds à arrêter les mouvements de l'intestin.

« L'innervation de l'intestin, écrit M. le Professeur Gley, rappelle celle du cœur dans lequel les ganglions

jouent aussi le rôle de centres autonomes, mais placés cependant sous l'influence d'un centre cérébro-spinal. » Ainsi régis par le système nerveux, les mouvements péristaltiques nous apparaissent comme des réflexes. Pour les déterminer, différents facteurs interviennent, mais le plus important est la présence des matières.

D'après M. le Professeur Richet « le principal agent de la contraction péristaltique, c'est le bol alimentaire, excitant naturel du mouvement intestinal comme le sang est l'excitant naturel du mouvement cardiaque. »

L'activité des mouvements péristaltiques varie suivant le volume des fèces. L'expérimentation physiologique et l'observation radiologique démontrent que la progression du contenu intestinal se ralentit à mesure qu'on approche de l'anus. Plus lente dans l'iléon que dans le duodénum, elle est encore retardée dans le colon. La raison en est que pendant leur trajet, les matières sont soumises à l'absorption et que leur quantité va diminuant.

